



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Pårørende på en nyfødt intensiv avdeling



BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE SYK180H

11.04.14

Kandidatnummer 1 og 21



Liten?

Jeg?

Langtifra.

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt

på langs og på tvers

fra øverst til nederst.

Er du større enn deg selv kanskje?

Sammendrag

Tittel: Pårørende på en nyfødt intensiv avdeling

Forsidebildet: Prematurforeningen (u.å.) *Om oss*. Hentet 07.03.14. Hentet fra:
<http://www.prematurforeningen.no/node/15>

Dikt: ”Mauren” av Inger Hagerup. Hentet fra: Hagerup, I. (1985) Samlede dikt. *Den sommeren: Mauren* (s. 79). Oslo: Gjøvik Trykkeri AS.

Kandidatnummer: 1 og 21

Utdanning: Grunnutdanning i sykepleie

Utdanningssted: Universitetet i Nordland avdeling Bodø

Arbeidets art: SYK180H – Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 9883

Antall sider: 36

Antall sider selvvalgt litteratur: 328

Søkeord: Neonatal parents, preterm newborn parents, parents nurse premature, parental presence, parents nurse NICU, MICU parents nurse, neonatal parents, foreldre premature nyfødte, NICU, premature, parents preterm, born too soon.

Vi er to sykepleierstudenter som nylig har begynt å jobbe på en nyfødt intensiv avdeling. Det er her inspirasjonen til å skrive en oppgave om pårørende og pasienten har sitt utspring. Denne oppgaven er et litteraturstudium med fokus på foreldre til premature eller syke nyfødte. Som sykepleierstudenter på en nyfødt intensiv avdeling, syns vi det er interessant å se hvordan sykepleierne jobber i forbindelse med foreldre i ulike situasjoner. *Hvordan bør sykepleier møte foreldrene i en slik krisesituasjon? Hvordan kan sykepleieren støtte og involvere foreldrene på måter som bidrar til tillit og trygghet?* I denne oppgaven søker vi svar på disse spørsmålene gjennom forskningsbasert kunnskap og ved anvendelse av relevante sykepleieteoretiske perspektiver. Ved å søke svar vil vi kunne få økt kunnskap og dermed en bedre for forståelse i møte med foreldrene.

Innhold

Pårørende på en nyfødt intensiv avdeling	1
Sammendrag.....	3
1.0 Innledning	6
1.1 Innledende fortelling.....	6
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning.....	7
1.4 Oppgavens mål og hensikt.....	8
2.0 Metode	9
2.1. Valg av metode	9
2.2 Litteratursøkeprosessen	9
2.3 Kildekritikk og etiske overveielser	10
3.0 Premature nyfødte	12
3.1 Risikofaktorer for prematur fødsel	12
3.2 Komplikasjoner og perspektiv	13
3.2.1 Omgivelsene	13
3.2.2 Generelle komplikasjoner	14
3.3 Foreldres rettigheter.....	14
3.4 Foreldre som pårørende	15
3.4.1 Sykepleier i samhandling med pårørende	16
3.4.2 Veiledning som fokus	16
3.4.3 De ulike komponentene av veiledning.....	17
4.0 Sykepleieteori	18
4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	18
4.2 Utøvelse av sykepleie med et omsorgsfilosofisk perspektiv	18
4.2.1 Kjennetegn ved omsorgsarbeidet	19
4.3 Trikulturell kompetanse.....	20
5.0 Presentasjon av relevant forskning	22
5.1 Ti foreldres erfaring på en nyfødt intensiv avdeling – en kvalitativ studie.....	22
5.2 20 foreldres erfaring med sin premature nyfødte under sykehusopphold	22
5.3 En kvalitativ studie med foreldre, sykepleiere og leger på en nyfødt intensiv avdeling	23
6.0 Erfaringsbasert praksis og forskning	24
6.1 Ulike synsvinkler	24
6.1.2 Kulturforskjellens betydning	25

6.1.3 Følelsen av trygghet	26
6.2.1 Det første møtet i samråd med trikulturell kompetanse	29
7.0 Oppgaveprosessen	30
8.0 Avsluttende oppsummering	31
9.0 Fullstendig litteraturliste	33
9.1 Selvvalgt litteratur	35

1.0 Innledning

Vi har valgt å skrive om pårørendearbeid i forbindelse med pasienter på en nyfødt intensiv avdeling. Når vi snakker om pårørende i oppgaven sikter vi til foreldrene til den nyfødte som da er pasienten. Et slikt tema tenker vi vil gi oss et viktig innblikk i sykepleierens rolle innen veiledning og støtte til pårørende i en kritisk situasjon. Oppgaven kan belyse ulike situasjoner som en sykepleier kan møte i sin yrkesutøvelse, og ved å tilegne seg slik kunnskap gjennom å skrive en hovedoppgave vil det kunne gjøre oss bedre kompetente til å takle disse situasjonene. En krisesituasjon som foreldrene kan oppleve ved å få en prematur eller syk nyfødt (Steinnes & Tandberg, 2009a), tror vi er en situasjon sykepleiere kan møte flere steder enn på en nyfødt intensiv avdeling. Det vil si at kunnskapen vil kunne ha overføringsverdi til andre kontekster der sykepleieren møter pårørende i krisesituasjoner. Sykepleierens arbeidsoppgaver inneholder å dekke behov hos både pårørende og pasienten. Pasienten har behov for klinisk behandling og observasjon, mens pårørende kan ha behov for psykososial støtte og veiledning. Den kliniske kunnskapen sykepleieren bør ha i forhold til den nyfødte ligger nært knyttet til pårørendearbeid, for uten denne kliniske kunnskapen kan det ofte skape usikkerhet hos pårørende.

1.1 Innledende fortelling

”Jeg så bekymringsfylte øyne da hun gikk bortover med et fast tak om mannens arm. Den lange veien inn til avdelingen der hennes premature nyfødte lå i kuvøse, virket ukjent og skummel. Det var lett å se hvilke følelser øynene hennes avslørte i det hun gikk nølende mot kuvøsen. Mens jeg så sykepleieren stå opptatt ved kuvøsen, kjente jeg en umiddelbar trang til å gi moren en støttende klem for så å leie hun til kuvøsen. I møtets videre forløp håndhilste sykepleieren, smilte og gratulerte foreldrene. Morens øyne stilnet og smilte tilbake.”

Autton (1990) ser på berøring som en grunnleggende kommunikasjonsmåte, og som en metode å formidle de innerste begravde følelser som er vanskelige å sette ord på. Et eksempel på en slik følelse kan være frykten i forhold til historien over der mor uttrykker redsel ved hjelp av nonverbal kommunikasjon. Fortellingen er en egenrefleksjon fra en nyfødt intensiv avdelingen der vi nylig har begynt å jobbe, som beskriver det første møtet med foreldrene til et nyfødt barn, der vi innså hvor viktig det kan være å bli møtt som et medmenneske.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema: Pårørendearbeid på en nyfødt intensiv avdeling

Problemstilling: Hva kan sykepleieren gjøre for å fremme et godt møte med foreldrene på en nyfødt intensiv avdeling?

Vi ønsker å bli mer bevisste på hvilke reaksjoner vi kan forvente av pårørende på en nyfødt intensiv avdeling, slik at vi kan være mer forberedt på hvordan vi kan håndtere disse reaksjonene i fremtiden. Problemstillingen er utformet gjennom den tankegang at vi som sykepleiere lettere kan håndtere foreldrene i situasjoner der de kanskje er preget av krisefølelse. En forutsetning er å vite mer om hvordan de opplever situasjonen. Vi relaterer opplevelsen av krise opp mot hvordan foreldrene blir møtt og ivaretatt av helsepersonell på avdelingen. Gjennom forskning kan vi lære hvordan sykepleierne kan fremme et godt møte med foreldrene og hvordan foreldrene opplever å bli møtt, slik kan vi se hvilken forskjell en sykepleier kan gjøre. Selve møtet med foreldrene har ikke et fast tidsperspektiv, det kan innebære det første møtet samt oppfølging og samarbeid i avdelinga. Vi vil med dette belyse ulike aspekter, i tillegg til kunnskap og teori, som kan påvirke en sykepleieres møte med foreldrene. Vi tenker at møtet kan legge et grunnlag for resten av oppholdet på sykehuset, og vi holder oss åpne for ulike innfallvinkler videre i oppgaven.

1.3 Avgrensning

Vi vil bruke aktuell internasjonal forskning og selvvalgt nordisk litteratur som en sentral del av oppgaven for å belyse og drøfte vår problemstilling. Trikulturell kompetanse er et kjent begrep i sykepleiefaget som omhandler nøkkelordene pasient, produksjon og profesjon (Orvik, 2004). Vi vil nevne dette i oppgaven for å trekke frem på hvilken måte en sykepleier kan jobbe i forbindelse med temaet. Som snart ferdigutdannede sykepleiere stilles det en rekke forventninger til oss når vi begynner i arbeid. Krav om produksjonseffektivitet, ivaretagelse av pasient samt profesjonens yrkesetiske retningslinjer er noen av disse.

Vi har valgt å presentere fakta om premature nyfødte i oppgaven, dette fordi vi ser i jobbsammenheng at det ofte er flere komplikasjoner hos premature nyfødte enn syke nyfødte. Det er dermed viktig kunnskap for bacheloroppgaven, samt for egen læring. Vi tenker at det å få et prematurt nyfødt barn, og at betegnelsen ”prematur” i seg selv, kan medvirke til frykt hos pårørende. Dermed anser vi det som naturlig å rette teoridelen opp mot premature

nyfødte. Tema i oppgaven handler om de pårørende på en nyfødt intensiv avdeling, uavhengig om det nyfødte barnet er sykt eller prematurt. I følge Jackson og Wigert (2013) vil forventningene og drømmene om det nye barnet hos kommende foreldre være like sprikende om det nyfødte barnet er prematurt eller sykt. Eide og Eide (2007) snakker om to hovedkategorier innenfor krise, der foreldre til et nyfødt prematurt eller sykt barn vil havne innenfor kategorien traumatisk krise. En slik krise kan beskrives som "[...] brukes gjerne om belastninger – fysiske, psykiske eller sosiale – som er så store at personen for kortere eller lengre tid blir merket av dem." (Eide & Eide, 2010, s. 167). Videre i oppgaven velger vi derfor å snakke om at foreldrene befinner seg i en krisesituasjonen når deres barn er innlagt på en nyfødt intensiv avdeling, uavhengig om barnet er sykt eller prematurt.

1.4 Oppgavens mål og hensikt

Vårt mål med oppgaven er å bli mer bevisste på pårørendes behov på en nyfødt intensiv avdeling, og hvordan vi som sykepleiere kan dekke disse behovene. Oppgaven kan hjelpe oss å forstå mennesker i krise generelt, utover tema som er foreldre i krise i forbindelse med barnets innleggelse på en nyfødt intensiv avdeling. Dette ser vi på som positivt, i og med at vi kun retter oppgaven mot foreldre på en nyfødt intensiv avdeling. For å utdype fokuset, ser vi at det ikke bare er pasienten som har behov for omsorg, veiledning og informasjon, spesielt i en situasjon der pasienten er et nyfødt barn. Foreldre trenger også omsorg, nettopp fordi de befinner seg i en situasjon som kan oppleves som svært utfordrende og utrygg. Hensikten med bacheloroppgaven, slik vi ser det, skal hjelpe oss å få et større innblikk i møtet med foreldrene på en nyfødt intensiv avdeling.

2.0 Metode

En metode kan beskrives som en fremgangsmåte for å innhente kunnskap eller å etterprøve kunnskap (Dalland, 2007). Når vi undersøker et bestemt tema benytter vi blant annet ”research” (kildesøk) som en metode for å komme frem til et eller flere svar, samtidig som vi leser ulike sider av samme sak slik at vi kan oppnå kunnskap som er mangesidig (ibid). Ved å velge en metode vil det kunne hjelpe oss å innhente gode data som er i tråd med våre spørsmål, slik at våre spørsmål kan belyses på en god og faglig måte (ibid).

2.1. Valg av metode

På bakgrunn av omfanget og tidsperspektivet rundt oppgaven har vi valgt å bruke et litteraturstudium, siden vi ikke har noen faglig bakgrunn for å kunne utføre intervju på en forskningsverdig måte. Ved å se på kvalitativ forskning som allerede er gjort, kan vi bruke deres resultater i vår vurdering. Vi ønsker å finne forskning som belyser mer inngående hvordan pårørende til premature eller syke nyfødte opplever møtet med helsepersonell i en slik krisesituasjon, og derfor må vi velge kvalitativ forskning der fokuset er på deltakere i undersøkelsen eller intervjuene. Gjennom å søke etter kvalitativ forskning med et kildekritisk blikk, og sammenligning av ulik forskning, vil vi kunne finne svar som hjelper oss i å forstå hva pårørende på en nyfødt intensiv avdeling trenger og hvordan en sykepleier kan dekke disse behovene.

2.2 Litteratursøkeprosessen

Vi bruker søkeord som er relevante for å finne frem til forskning og fagartikler som omfatter hvordan foreldre blir møtt på en nyfødt intensiv avdeling, og hvordan oppholdet på en slik avdeling oppleves av foreldrene. Litteratursøkingen er gjort gjennom Helsebibliotekets hjemmeside (Nylenna u.å.). På Helsebiblioteket får en tilgang til ulike databaser der en kan bruke aktuelle søkeord for å finne fagartikler og vitenskapelige artikler. Sykepleierforbundets hjemmeside (Tholens, u.å.) er også brukt som en søkemotor for å finne aktuelle tidsskriftsartikler.

Databaser	Søkeord	Treff	Aktuelle artikler som brukes videre i oppgaven
PubMed	Neonatal parents	6747	0
PubMed	Preterm newborn parents	1320	1
PubMed	Parents nurse premature	333	1
PubMed	Parental presence	28	1
British nursing index	Preterm newborn parents	8795	0
British nursing index	Parents nurse NICU	65	0
Ovid nursing	NICU parents nurse	0	0
BNP for children	Neonatal parents	2	0
Mednytt	Foreldre premature nyfødte	0	0
Sykepleien forskning (tidsskrift)	NICU (newborn intensive care unit)	19	0
Sykepleien forskning (tidsskrift)	Premature	52	0
Cochrane library	Parents preterm	15	0
WHO (World health organization)	Born too soon	464	1

Tabellen overfor viser databaser vi har benyttet, ulike søkeord, treffene vi fikk, samt hvor vi har funnet de aktuelle artiklene som vi vil bruke videre i oppgaven. Tabellen gjenspeiler også søkeprosessen vi har hatt i forbindelse med forarbeidet til oppgaven. Vi vil utdype grunnlaget for valgte artikler, i og med at vi har fått mange treff men få er trukket ut som aktuelle. Dette er fordi vi var ute etter kvalitet framfor kvantitet, dermed få artikler med innhold som traff vår problemstilling nærmest.

2.3 Kildekritikk og etiske overveielser

Kildekritikk kan vi se på som en metode som brukes for å vurdere om en kilde er sann eller usann (Dalland, 2007). Gjennom å bruke litteraturstudium som metode, tenker vi at vi får en stor dybde og aktualitet i de kildene vi samler inn, siden de artiklene vi finner vil være nært knyttet opp mot vår problemstilling. Kildene må være relevante (validitet), noe som vi ser på

som et av kravene i et litteraturstudium. Et annet moment som vi ser på som et krav her, er at de kildene vi samler skal kunne dokumenteres og eventuelle feilkilder må oppgis. Det vil ikke bli presentert ny kunnskap gjennom å bruke et litteraturstudium, dette fordi vi tar utgangspunkt i forskning som er gjennomført og ikke foretar forskning selv. Å være kildekritisk ser vi på som veldig sentralt, dette for å sikre at det vi presenterer i oppgaven har reliabilitet (pålitelig). Vi vil bruke troverdige databaser som vi finner gjennom Helsebibliotekets hjemmeside (Nylenna, u.å.) når vi søker etter litteratur. Vi bruker også et tidsskrift som er innenfor vårt fagfelt, herunder tidsskriftet Sykepleien (Tholens, u.å.), som vi vurderer som en pålitelig kilde. Det er her de løpende fagdiskusjonene foregår, og vi får muligheten til å følge fagutviklingen og fange opp det nye (Dalland, 2007).

Å være etisk bevisst kan henge sammen med kildekritikken. Hvis en forskningsartikkel omfatter direkte navn på informantene, bør en være veldig kritisk til kilden. Vi mener det ikke er etisk rett å foreta intervjuer der personlige spørsmål stilles og personvern ikke overholdes. Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning § 5-2 (2009) omhandler prosjektleders plikter. Her heter det at prosjektleder har ansvar for "[...] at etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige, personvern - og informasjonssikkerhetsmessige forhold ivaretas i den daglige driften." (Forskrift nr. 955 (2009), § 5-2). Etikk skal kunne gi oss veiledning når vi står overfor vanskelige avgjørelser (Dalland, 2007). Hvis vi gjennom vårt litteraturstudium kommer over en forskningsartikkel der personvernet ikke er ivaretatt, vil det av etiske grunner føre til at vi ikke ønsker å bruke den i oppgaven.

Våre tre valgte artikler er ikke skandinaviske og dermed mindre sammenlignbare i forhold til det norske helsevesen. Likevel så vi nytten av å ha med internasjonale studier i oppgaven for å kunne se forskjeller sammenlignet med Norge. Slik fikk vi innblikk av foreldrenes erfaringer og negative referanser. I de tre studiene står det at foreldrene som deltok gjorde dette frivillig, de ble anonymisert, og studiene ble godkjent av etisk komité. Vi kan derfor si at kriterier for personvern er ivaretatt og dermed brukte vi artiklene videre i oppgaven. Ved hjelp av nordisk selvvalgt litteratur, som bygger på kvalitativ forskning, sammenlignet med de internasjonale artiklene får vi et helhetlig perspektiv i oppgaven. Til tross for kulturforskjeller mellom internasjonal forskning og nordisk litteratur, vil det ikke påvirke funnene da alle deltakerne er likeverdige individer. Variasjoner i helsesystemene og rettighetene til pasienten og pårørende vil kunne påvirke opplevelsen til foreldrene, men ikke selve mennesket. Vi har den fordel av å jobbe på en nyfødt intensiv avdeling og har praksisbasert erfaring, som vi har brukt til å kommentere den forskningsbaserte kunnskapen.

3.0 Premature nyfødte

Det engelske ordet ”premature” kan oversettes til ”for tidlig”, noe som definerer betydningen av prematur. Men hva vil det si å være ”for tidlig født”? For å havne i en slik betegnelseskategori må i følge Steinnes og Tandberg (2009a) barnet være født før uke 37 i svangerskapet. Dette støttes også opp av Autton (1990) som forklarer det slik: ”Et barn regnes som prematurt hvis det er gått mindre enn 37 fulle uker av svangerskapet.” (1990, s. 85).

3.1 Risikofaktorer for prematur fødsel

Allerede i uke 34 i svangerskapet regnes lungene til fosteret som modne, og det vil derfor ikke legges vekt på å stoppe en fødsel som er begynt fra uke 34 i svangerskapet (Steinnes & Tandberg, 2009a). Ifølge WHO (World Health Organization) sin rapport om prematur fødsel kan årsakene deles inn i to hovedkategorier: spontant og planlagt (Blencowe, Cousens, Chou, Oestergaard, Say, Moller, Kinney, Lawn, 2012). Videre forklarer Blencowe m.fl. (2012) at med spontan prematur fødsel menes det for tidlig vannavgang som setter fødselen i gang før uke 37 i svangerskapet, mens planlagt for tidlig fødsel, herunder igangsatt fødsel eller keisersnitt, gjelder de situasjonene der det vil være kritisk for mor eller barn og fortsette svangerskapet. Blencowe m.fl. (2012) snakker om ulike risikofaktorer for spontan prematur fødsel:

- For lav eller for høy alder
- Flerfostret svangerskap
- Infeksjoner
- Kroniske sykdommer
- Overvekt eller underernæring
- Psykisk helse
- Genetiske sykdommer

Blencowe m.fl. (2012) argumenter likevel med at i halvparten av sakene med spontan prematur fødsel er årsaken ukjent. Det skal nevnes at WHO sin rapport om forekomsten av prematur fødsel er en internasjonal rapport med fokus på de landene der forekomsten er størst, blant annet Afrika og Sør-Asia (Blencowe m.fl., 2012). Risikofaktorene som nevnt over gjelder også for Norge og nordiske land, selv om forekomsten av prematur fødsel er mindre her i forhold til andre land (ibid).

3.2 Komplikasjoner og perspektiv

Blencowe m.fl. (2012) kategoriserer for tidlig fødte barn i tre hovedgrupper:

- Ekstremt prematur (under 28 uker)
- Veldig prematur (mellom 28-32 uker)
- Moderat prematur (mellom 32-37 uker)

I de tilfeller der barnet blir født i uke 23 i svangerskapet, er de fleste dødfødte (Markestad, 2008). De av dem som ikke er dødfødte vurderes ofte så umodne og med høy risiko for senere død og senkomplikasjoner at behandling av barnet ikke anbefales (ibid). Videre sier Markestad (2008) at sjansen for å overleve øker med 20 % når barnet blir født i uke 24 i forhold til uke 23, samt ytterligere 20 % hvis barnet blir født i uke 25 i forhold til uke 24.

3.2.1 Omgivelsene

Avhengig av hvor tidlig barnet er født kan ulike behov og komplikasjoner oppstå. Vi skal se på de generelle. NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) er en omsorgsmodell som skal hjelpe oss å tolke atferden hos premature spedbarn og deretter kunne gi individuell omsorg etter ulikt behov (Steinnes & Tandberg, 2009b)(Jackson & Wigert, 2013). Et prematurt spedbarn er gjerne umoden nevrologisk og dermed mer sårbar enn en fullbåren nyfødt (ibid). For mye stimuli kan føre til at den premature blir unødvendig stresset, og ved bruk av NIDCAP sine fire grunnleggende prinsipper vil dette kunne unngås sier Steinnes og Tandberg (2009b). Disse fire prinsippene, kort fortalt, handler om å tolke barnets signaler, forstå signalene, individualisere omsorgen, og at familien får delta aktivt i pleien (ibid). Ved at mor deltar aktivt med berøring rett etter fødsel under pleien av sin nyfødte, uttrykker Autton (1990) at vil skape helsegevinster hos både mor og barn. Forfatteren nevner ikke far i denne forbindelse, vi tror at siden boken er av eldre dato kan dette være noe av årsaken til at far ikke blir nevnt like mye som mor, noe vi derimot ser i nyere forskning. I tillegg til å følge NIDCAP - metoden, kan stress reduseres ved å skjerme den premature mot sterk lys og støy, samtidig som det legges opp til at omgivelsene skal være mest lik mors mage (Markestad, 2008). Med dette tenker vi at barnet kan ligge i samme stilling som den ville gjort i mors mage ved hjelp av mykt tøy formet som et reir. Dette er noe vi mener kan skape trygge og stødige omgivelser for den premature nyfødte. For å støtte opp om utsagnet vårt, er dette noe vi ser blir gjennomført på arbeidsplassen vår ved nyfødt intensiv avdeling.

3.2.2 Generelle komplikasjoner

Oppgavens fokus ligger ikke i den kliniske behandlingen hos den premature nyfødte, vi mener at det er mindre relevant i forhold til problemstillingen. Likevel tenker vi at det er viktig å nevne disse, dette fordi vi skal kunne bedre forstå pårørendes opplevelse av en slik situasjon og hvor alvorlig den kan være. Markestad (2008) snakker om flere ulike komplikasjoner som kan oppstå, her er noen av dem fremstilt:

- Neonatalt åndenødssyndrom (umodne lunger som hindrer at CO₂ og O₂ utvekslingen ikke fungerer som den skal).
- Apné (pustepauser på grunn av umodent pustesenter i hjernen).
- Umodent mage - tarmsystem (reduserer kapasiteten til å fordøye mengden morsmelk).
- Redusert kapasitet til amming (ammings krever mye energi som barnet kanskje ikke har).
- Gulsott (høy blodprosent ved fødsel gir økt nedbryting av erytrocytter som forårsaker stor mengde av bilirubin i blodet som sørger for den gule fargen i huden).
- Redusert immunforsvar og økt infeksjonsfare.
- Økt risiko for hjerneskader og hjerneblødning.
- Blindhet eller skade av netthinnen.

Markestad (2008) nevner bare noen komplikasjoner som kan oppstå, de er også svært generelle. Steinnes og Tandberg (2009a) derimot fremstiller mange komplikasjoner og går i dybden på hver enkelt komplikasjon. Vi ser på dette som mindre relevant å nevne i oppgaven siden problemstillingen er rettet mer mot sykepleier – foreldre relasjonen og møtet med foreldre på en nyfødt intensiv avdeling.

3.3 Foreldres rettigheter

Det er viktig å vite hvilke rettigheter foreldrene har når deres barn er innlagt på sykehus. Gjennom pasient – og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) har pasienten eller brukeren rett til medvirkning i forbindelse med valg av undersøkelse – og behandlingsmetoder. Siden pasienten i oppgaven er en nyfødt og ikke er i stand til å ta slike beslutninger, havner retten til medvirkning hos foreldrene eller barnets nærmeste pårørende. I § 3-4 i pasient – og brukerrettighetsloven (1999) snakkes det om pårørendes rett til informasjon når pasienten er under 16 år. Når pasienten er et barn, har i følge § 4-4 i pasient – og brukerrettighetsloven

(1999) foreldrene eller de som har foreldreansvaret rett til å samtykke til helsehjelp.

Foreldrene har gjennom lovverket rett til å ta stor del i avgjørelsene som vedgår en mindreårig pasient, samt retten på informasjon om pasientens helsetilstand. Det er også viktig å nevne at barn som er innlagt på sykehus har rettigheter, her omtalt i kapittel 6 i pasient – og brukerrettighetsloven (1999). I § 6-2 heter det at barnet har rett til samvær med minst en av foreldrene under hele sykehusoppholdet. Dette er noe som også kommer frem i forskrift om barn opphold i helseinstitusjon § 6 (2000). I pasient – og brukerrettighetsloven (1999) ser vi at både foreldrene og barnet har rettigheter som fremmer foreldrenes deltakelse i pleien til sitt barn. I samråd med foreldrenes og barnets rettigheter, er det viktig å nevne at helsepersonellet er gjennom helsepersonelloven (1999) pliktet å gi informasjon til dem som har krav på den gjennom pasient - og brukerrettighetsloven (1999).

3.4 Foreldre som pårørende

Jackson og Wigert (2013) snakker om at det å bli foreldre kan sees på som en av de største hendelsene i livet. Videre snakker de om forventninger foreldrene har til det kommende barnet, samt forventninger til hvordan det vil bli når de går inn i en foreldrerolle (Jackson & Wigert, 2013). Vår refleksjon rundt det å bli foreldre til et barn er at foreldrene kan leve i en boble fylt med spenning, lykke, forberedelser, kjærlighet, forventninger og tanker om fremtiden. Vi tenker også at foreldre som venter barn kan ha bekymringsverdige tanker når det kommer til barnets helse, mulige komplikasjoner under og etter fødselen, samt redselen for at barnet skal bli født for tidlig. Hvis det inntreffer at det nyfødte barnet er sykt, eller født for tidlig, kan dette oppleves som en krise for foreldrene. Eide og Eide (2007) skiller mellom livskrise og traumatisk krise. De forklarer at en livskrise vil oppstå sammen med naturlige opplevelser i livet, mens en traumatisk krise defineres som påkjenninger som ikke inngår i naturlige opplevelser, herunder sykdommer eller ulykker (Eide & Eide, 2007). Vi tenker derfor at foreldrene i oppgaven opplever en sterk traumatisk krise, og det er dette vi tar høyde for når vi snakker om foreldre i krise.

Med utgangspunkt i å få et for tidlig født eller sykt barn, vil det oppstå et gap mellom forventningene til barnet og seg selv som kommende foreldre, og den faktiske opplevelsen av barnet (Jackson & Wigert, 2013). Dette vil vi tolke som en krisesituasjon. Steinnes og Tandberg (2009a) forklarer at første del av krisen er preget av sjokket foreldrene opplever, de mister overblikket av situasjonen og blir preget av forvirring. Informasjon som gis gjentatte ganger kan tenkes at foreldrene ikke husker eller klarer å bearbeide. De kan reagere med både

sinne, angst og fortregning av situasjonen. Noen ganger blir foreldrenes reaksjoner så sterke at det trenger mer enn bare en sykepleieres kompetanse, og må derfor henvises til innstanser med mer omfattende kunnskap om psykisk helsevern (Steinnes & Tandberg, 2009a).

3.4.1 Sykepleier i samhandling med pårørende

I vår bacheloroppgave tar vi utgangspunkt i de foreldrene som ikke har så sterke reaksjoner at de trenger mer enn en sykepleiers kompetanse. Steinnes og Tandberg (2009a) skriver om at det første steget mot å støtte foreldrene og bidra til mestring, er tidlig intervensjon.

Sykepleieren kan ikke fjerne smerten foreldrene føler ved å få en prematur eller syk nyfødt, men kan derimot være tilstede og hjelpe foreldrene slik at reaksjonene og følelsene som oppstår lettere kan bearbeides. De skriver også at det essensielle er å kunne lytte til foreldrene (Steinnes & Tandberg, 2009a). Rådgivning i den første reaksjonsfasen kan oppleves av foreldrene som underkjennelse av deres opplevelse, noe som vil kunne øke deres frustrasjon og sinne. Som sykepleiere ønsker vi å gi råd og veiledning til de vi ser trenger det, og det er derfor en svært vanskelig situasjon når foreldrene ikke trenger råd, men derimot ønsker å bli hørt og forstått (ibid). Foreldrene er mer eller mindre avhengige av leger, sykepleiere og annet helsepersonell for å kunne ta vare på sitt barns behov og veien mot bedring. For at foreldrene skal føle seg trygge under barnets sykehusopphold er det en forutsetning at helsepersonellet har kontroll over situasjonen. Kontroll tilsier at helsepersonellet har en viss kunnskap og sikkerhet i arbeidet sitt, dette vil da kunne skape trygghet fordi foreldrene ser at barnet blir tatt hånd om av fagfolk med dyktig ekspertise (Steinnes & Tandberg, 2009a).

Jackson og Wigert (2013) sier noe om at tap av kontroll over situasjonen kan føre til ytterligere stress for foreldrene. Med dette mener de at foreldrene ikke bør overkjøres av helsepersonellet slik at det kan føles som tap av kontroll. Foreldrene har rett på informasjon (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999) samt helsepersonellet er pliktet til å gi informasjon (Helsepersonelloven, 1999). Hvis sykepleier ivaretar rettighetene som beskrives i loven tenker vi at tillit og trygghet kan skapes hos foreldrene, i en situasjon der de trenger det mest.

3.4.2 Veiledning som fokus

En sykehusinnleggelse medfører nye og ukjente omgivelser for pasienten samt nye rutiner og informasjon en må forholde seg til. For pasienten er det en kjent sak at mangel på informasjon om sykdommen i tillegg til nye omgivelser, kan medføre usikkerhet og bekymring. For pårørende er det ikke uvanlig at de også kan kjenne på en liknende følelse. I tilfellet til

pårørende og deres premature nyfødte spedbarn er situasjonen helt spesiell, og pårørende tar på mange måter pasientrollen i forhold til at det er de som mottar all informasjon. Har ikke pårørende tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand, prosedyrer og eventuelle bivirkninger kan dette være en årsak til ytterligere bekymring og engstelse (Eide & Eide, 2007). Det er her en god veileder kan være med å hjelpe situasjonen. Bekymringer og engstelse kan påvirke evnen en pasient eller pårørende til å ta inn informasjon, dette er fordi de allerede har så mye å tenke på og bearbeide at det er vanskelig å ta innover seg ny informasjon som også skal bearbeides (ibid).

3.4.3 De ulike komponentene av veiledning

Veilederrollen har mange komponenter som bør være tilstede hos en sykepleier for å kunne ivareta pårørende på best mulig måte under veiledning. For å nevne noen viktige, er det å kunne anvende kunnskap innenfor faget nødvendig for å informere og ofte lære bort til foreldrene. Dette kan for eksempel være prosedyrer, veiling, målinger og annet som må vedlikeholdes etter barnet utskrives. Sykepleieren bør ifølge Tveiten (2008) kunne svare på de aller fleste spørsmål som foreldrene lurer på, det er derfor essensielt med oppdatert og god kunnskap på fagområdet. Pedagogikk er også et svært viktig stikkord innenfor veiledning. Dette fordi sykepleieren inntar en veilederrolle ovenfor pårørende og formidler kunnskap når pårørende befinner seg i en stressende situasjon. Sykepleieren bør forholde seg vennlig og ydmyk når hun eller han underviser, samtidig som hun eller han fremstår som sikker i sitt fagfelt. For å kunne svare på spørsmål må sykepleieren ha et tilstrekkelig kunnskapsområde innenfor fagfeltet og gi nyttig informasjon angående barnet (Tveiten, 2008).

Det er mye som kan påvirke undervisning og veiledning av både pasienter og pårørende, herunder de forutsette og de uforutsette forhold. Det som enten tilrettelegger eller hemmer god læring gjelder også for pasienter og pårørende. Den nyfødtes tilstand kan påvirke foreldrene negativt ved at de blir redde og stresset, dermed er de mindre tilgjengelige for ny kunnskap og situasjon (Tveiten, 2008). En god forutsetning for læring i en situasjon der foreldrene er engstelige og redde, kan være at sykepleieren sammen med pårørende planlegger innholdet, tid og sted for undervisningen sammen. Likevel er det viktig at sykepleieren tar hovedansvaret for innholdet, siden det er hos sykepleieren fagkunnskapen som oftest ligger (ibid).

4.0 Sykepleieteori

Et av funksjonsområdene til en sykepleieteori er at det gir praktikerer en oversikt og perspektiv innenfor sitt fagområde. Teorien er med på og identifiserer sentrale fenomener innenfor sykepleie slik at deres funksjonsområde blir tydeliggjort (Kristoffersen, 2005).

4.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Teorier som tar for seg omsorg, som beskriver det som grunnleggende i mennesket sitt liv og som en del av en sykepleiers grunnlag, kan kalles for omsorgsteorier. Dette gjelder teorier som er utarbeidet av Eriksson, Martinsen og Benner og Wrubel. Vi har valgt å ta for oss Kari Martinsens omsorgsteori (Kristoffersen, 2005). Ved å bruke denne omsorgsteorien og relatere den opp mot pårørendearbeidet med foreldre på en nyfødt intensiv avdeling, herunder møtet, kan vi se hvordan omsorg som et av sykepleierens grunnlag kan virke inn på vårt møte med foreldrene.

4.2 Utøvelse av sykepleie med et omsorgsfilosofisk perspektiv

I dette avsnittet skal vi gå nærmere inn på hva vi som sykepleiere vil være opptatt av i møte med pårørende, med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori. Pårørende ser vi stort sett på som pasienten i oppgaven, dette på grunn av at pasienten er et nyfødt barn, og foreldrene er barnets nærmeste. Sykepleieren forholder seg til foreldrene, gir informasjon, veileder samt gir den nødvendige pleien og omsorgen til barnet. Det vil også si at når Martinsen beskriver situasjonen til en pasient, relaterer vi det til pårørende siden det er foreldrene vi som sykepleiere forholder oss til i den verbale kommunikasjonen og samhandlingen. Det premature eller syke barnet kan kun uttrykke sine følelser gjennom kroppsspråk og lyder. Martinsens tenkning handler først og fremst om omsorg og etikk. Hun sier selv at hun ikke beskriver noen sykepleierteori og kan derfor betegnes som en omsorgsfilosof (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen fremhever at den viktigste kunnskapen i sykepleie er den praktiske erfaringen og den erfaringsbaserte kunnskapen tilegnet gjennom eksempellæring (Kristoffersen, 2005). Vi tolker Martinsens meninger om eksempellæring at arbeid med ulike pasienter, dermed også deres ulike sykdomsbilde, skaper et helhetsblikk med mange ulike eksempler som er med på å danne bred erfaring i pasientarbeid. Dette belyser også at erfaringsbasert kunnskap kan være

et viktig redskap i å kunne forholde seg til pårørende i krisesituasjoner der ingen tilfeller er helt like.

4.2.1 Kjennetegn ved omsorgsarbeidet

Kari Martinsen karakteriserer noen kjennetegn ved omsorgsarbeidet, i utgangspunktet for syke eldre, men vi vil derimot relatere disse mot foreldrene til premature eller syke nyfødte. ”Omsorgsrelasjonen varer ved og innebærer ansvar og forpliktelse fra omsorgsutøverens side” (Kristoffersen, 2005, s. 65). Vi har tolket Martinsens utsagn ved at den sier noe om sykepleierens rolle ovenfor pasienten, som i våre øyne er pårørende. Selv om vi ser at denne teorien i utgangspunktet handler om den syke eldre pasienten, ser vi stor relevans i forhold til møte med, og arbeid med pårørende. Da sikter vi til omsorgsrelasjonen, som vi mener er svært viktig i samarbeid, veiledning og ikke minst møte med foreldrene. Videre tolker vi Martinsen sine ord som omhandler ansvar og forpliktelse ved at det også hører hjemme i pårørendearbeidet og relasjonen som skapes med foreldrene. ”Omsorgsrelasjonen er basert på generalisert gjensidighet, det vil si at vi sørger for den andre uten å forvente noe tilbake” (Kristoffersen, 2005, s. 65). Vi har forstått utsagnet til Martinsen slik at sykepleieren gir pleie til barnet og omsorg til pårørende uten å forvente noe tilbake. For å rette dette mer mot vår problemstilling, synes vi det er viktig at sykepleieren som jobber på en nyfødt intensiv avdeling innehar en slik innstilling i de ulike situasjonene med pårørende.

Martinsen gjør seg til en talsperson for den ”resultatløse sykepleien” og fremhever resultatløs sykepleie og betingelsesløs omsorg som sykepleierens ideal i forhold til profesjonens tradisjonsgrunnlag. Mottakeren, som her er pasient eller pårørende, befinner seg i en situasjon der det ikke kreves noe tilbake (Kristoffersen, 2005). Etter at vi har tolket og rettet Kari Martinsens omsorgsteori mot foreldre til premature eller syk nyfødt syns vi absolutt at begrepet ”resultatløs sykepleie” er relevant i forhold til pårørendearbeid på en nyfødt intensiv avdeling. Vi er enige i Martinsens tenkning at den ikke - målbare og den ”resultatløse sykepleien” er vel så viktig som den tradisjonelle kliniske pleien. Den ”resultatløse sykepleien” ser vi på som utøvelse av ektefølt og god omsorg som ikke er obligatorisk og med formål å øke bedring i form av trygghet og støtte til foreldre.

Videre sier Martinsen ”Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon” (Kristoffersen, 2005, s. 65). For å tolke dette utsagnet og rette det opp mot møtet med pårørende i krevende

situasjoner tolker vi det slik at med riktig kunnskap, erfaring og praktiske ferdigheter kan sykepleieren lettere gi den riktige omsorgen ut i fra hvordan situasjonen er. Når vi snakker om krevende situasjoner her, mener vi at det kan sammenlignes med en krisesituasjon, som i denne sammenhengen vil være angst, redsel og usikkerhet hva angår den nyfødte.

Opplevelsen av krise kan kort beskrives ved at følelsene er preget av redsel og mangel på opplevelse av mestring og kontroll, som kan relateres til opplevelsen av å bli foreldre til en prematur eller syk nyfødt (Steinnes & Tandberg, 2009a). Ingen situasjon trenger å være like, på samme måte som at pasient eller pårørende er ulike individer og vil trenge forskjellige tilnærmelser, informasjon og omsorg i forskjellige situasjoner (Kristoffersen, 2005).

Utsagnet til Martinsen ovenfor, vil vi rette opp mot den trikulturelle kompetansen. En kompetanse som vi mener er en viktig del av sykepleierens bakgrunnskunnskap i arbeid med pasienter, pårørende og medisin i organisasjonen for øvrig. Her vil vi trekke inn den trikulturelle kompetansen og belyse hvordan den kan komme til uttrykk i arbeidet med pårørende på en nyfødt intensiv avdeling. Når vi tar opp trikulturell kompetanse i oppgaven, snakker vi om sykepleierens evne til å forholde seg profesjonelt og tilstrekkelig i situasjoner som krever konsentrasjon og fullstendig tilstedeværelse fra ulike aktører. Med dette mener vi at det dannes et slags krysspress fra de forventningene en sykepleier har i forhold til profesjonen, arbeidsplassen, pasienten og tidsperspektivet. En sykepleier som innehar en slik kompetanse klarer bedre å mestre å stå i situasjonen og balansere disse tre aspektene. Når vi snakker om organisatorisk kompetanse, har det mye fellestrekk med den trikulturelle kompetansen. Organisatorisk kompetanse retter seg mer mot evnen til å organisere arbeid fordelt i krysspresset mellom: profesjon, produksjon og pasient, da med å utøve omsorgsfull og god pleie samtidig som sykepleieren har en helhetlig oversikt og kan forholde seg til utfordringer og uforutsette hendelser (Orvik, 2004).

4.3 Trikulturell kompetanse

Som tidligere nevnt er en av sykepleierens mange arbeidsoppgaver å møte foreldrene, gi dem informasjon og sørge for at de føler seg ivaretatt på avdelingen. Ut i fra sykepleierens perspektiv kan arbeidsdagen på en nyfødt intensiv avdeling inneholde uforutsette hendelser samtidig som rutiner og medisinske arbeidsoppgaver må gjøres. Kravet om effektivitet i forhold til produksjon kommer til uttrykk også her, og det er da det er spesielt viktig for sykepleieren å kunne stå i stressende situasjoner samtidig som hun kan være et medmenneske i møte med fortvilte foreldre. Med dette mener vi at selv om sykepleieren befinner seg i en

stressende situasjon med krysspress fra de ulike komponentene og herunder krav hun må innfri, er det svært viktig at hun klarer å gi av seg selv ved å være et medfølende individ ovenfor foreldrene. Dette kommer i tillegg til andre oppgaver. En sykepleier som klarer å stå i slike situasjoner, og likevel tar seg tid til å se individet bak en fortvilet mor som hun møter som medmenneske, er det en måte å bruke trikulturell kompetanse i praksis. Omsorg er på mange måter mer enn bare det å gi nødvendig pleie og å sørge for at pasienten eller pårørende har det de trenger for å opprettholde god helse fysisk og psykisk. Omsorg er også det å møte mennesker i krise ved å ivareta deres integritet og verdier, samtidig som en har en annen rolle, sykepleierrollen, som har fagkunnskapen og som på bakgrunn av den kan være en trygghet og støtte (Kristoffersen, 2005). Sykepleierens rolle vil vi definere i denne oppgaven som den personen som skal møte foreldrene med støtte og omsorg, i tillegg til veiledning og informasjon. Det kliniske behovet til den nyfødte må ivaretas, men samtidig må foreldrene involveres i pleie og stell, samt gis støtte, informasjon og veiledning. Hovedfokuset i denne oppgaven er på foreldrene som pårørende på en nyfødt intensiv avdeling.

5.0 Presentasjon av relevant forskning

I dette avsnittet presenterer vi relevante artikler som vi har plukket ut gjennom litteratursøkningsprosessen. I denne prosessen fant vi artikler ved bruk av ulike søkeord og databaser, filtrerte søkeresultatene og slik kommet frem til tre artikler som vi vil presentere.

5.1 Ti foreldres erfaring på en nyfødt intensiv avdeling – en kvalitativ studie

Forfatter Misty D. Reis fra Canada, er sykepleier på en nyfødt – og spedbarnsklinikk, og har gjort en kvalitativ studie med ti foreldre til spedbarn på en NICU (neonatal intensive care unit) (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer & Van Aerde, 2010). Metoden gikk ut på at foreldrene ble intervjuet over telefon like før utskrivelse eller etter utskrivelse, for så å analysere innholdet i intervjuene (Reis m.fl, 2010). Forfatterne konkluderer med at da foreldrene fikk et godt forhold til sykepleierne som jobbet på den intensive avdelingen, ble foreldrene mer fornøyde med selve oppholdet på avdelingen. Reis m.fl. (2010) understreker også at ved kontinuitet i pleien, det vil si at foreldrene har samme sykepleieren å forholde seg til, vil det øke sjansene for at begge partene utvikler et godt forhold til hverandre.

Vi trekker ut det som vi mener er de viktigste momentene i artikkelen som er relevant for vår problemstilling. I denne artikkelen oppfatter vi at det legges stor vekt på at foreldrene er delaktige i pleien av barnet, samtidig som sykepleierne tilstreber å ha et godt forhold til foreldrene ved å muliggjøre kontinuitet i bemanningen ved avdelingen. Gjennom hele artikkelen ser det ut til at helsepersonellet er opptatte av å ivareta barnet så vel som foreldrene.

5.2 20 foreldres erfaring med sin premature nyfødte under sykehusopphold

Forfatterne Josefina Gallegos-Martínez og Jamie Reyes-Hernández har begge doktorgrad, og publisert sin artikkel i *Latino-Americana de Enfermagem* (Gallegos-Martínez, Reyes-Hernández, Scochi, 2013). Undersøkelsen ble gjennomført i Mexico, og hensikten var å identifisere og analysere hvilken betydning foreldrenes rolle hadde i deltakelsen på en nyfødt avdeling (Gallegos-Martínez m.fl, 2013). Forfatterne konkluderer med at det medisinske hierarkiet på sykehuset der undersøkelsen ble gjennomført, hindret foreldrene i å delta som foreldrerollen gjør naturlig. Videre i konklusjonen sier forfatterne at denne filosofien må endres slik at foreldrene blir gitt den rett til å delta i pleien til sitt premature spedbarn.

Til stor forskjell fra den første artikkelen, skrevet av Reis m.fl. (2010), tolker vi at denne studien sier noe om hvordan foreldrene opplevde oppholdet på sykehuset med sin nyfødte. Det vi ser som står i stor kontrast til det Reis m.fl. (2010) sier, er at denne få gruppen av foreldre opplevde og ikke ha kontroll over sitt eget barn og hadde heller ikke rett gjennom lovverk til deltakelse i pleien. Mangel på lovverk og helsepersonellens prioriteringer tror vi kan gi store konsekvenser for foreldrenes opplevelse av sykehusoppholdet, spesielt i forbindelse med det norske lovverket og helsevesen. Hvordan foreldrene ble møtt av helsepersonellet mener vi er også en vesentlig forskjell i disse to artiklene.

5.3 En kvalitativ studie med foreldre, sykepleiere og leger på en nyfødt intensiv avdeling

Undersøkelsen ble gjennomført i Iran av Marzieh Hasanpour som har doktorgrad i sykepleie (Heidari, Hasanpour, Fooladi, 2013). I undersøkelsen deltok både foreldrene til premature nyfødte, eller syke nyfødte, samt helsepersonellet på en nyfødt intensiv avdeling (Heidari m.fl, 2013). I 2011 ble en gruppe av foreldre og helsepersonell valgt ut for å delta i undersøkelsen, der de ble intervjuet i henhold til etiske retningslinjer og formelt godkjente sin deltakelse (ibid). Forfatterne kommer frem til at det er nødvendig at helsepersonell er bevisste rundt foreldrenes reaksjoner og opplevelse i situasjonen, da dette er en forutsetning for å kunne yte best mulig pleie overfor den nyfødte.

Forfatteren tar utgangspunkt i opplevelsen rundt det å få et barn og hvordan en ytterligere opplevelse av stress medfører å ha fått et for tidlig født barn, dette fordi omgivelsene og medisinsk utstyr kan virke skremmende på foreldrene. Det vi tolker av dette er at foreldrene vil med økt stressnivå ha et større behov for helsepersonellens oppmerksomhet. I Iran, der studien er blitt gjennomført, mener forfatteren at det er mindre fokus på foreldrene og deres behov og opplevelse av situasjon, selv om ønsket er der (Heidari m.fl, 2013). Dette mener vi er svært sentralt med tanke på problemstillingen.

6.0 Erfaringsbasert praksis og forskning

En sykeleiers oppgaver er mange, noe vi kan forklare gjennom begrepet trikulturell kompetanse. Der står sykepleieren i et krysspress mellom produksjonseffektivitet, faglig forsvarlighet og pasientomsorg (Orvik, 2004). Slik vi ser det, er en av hovedoppgavene til sykepleieren å utøve pasientomsorg, med dette mener vi både klinisk pleie og psykososial omsorg. I situasjoner der pasienten er en prematur eller syk nyfødt, kan vi se at pårørende gjerne blir pasienten. Barnet får den kliniske pleien, mens foreldrene kan være de som har det største behovet for psykososial støtte og omsorg i form av informasjon og veiledning. Derfor er det naturlig for oss å referere til pårørende, som er foreldrene, når det snakk om psykososial støtte. Det vil ikke være faglig forsvarlig og gi mindre oppmerksomhet til den premature nyfødte, men vi mener det er vel så viktig med omsorgen som rettes mot foreldrene. Vår problemstilling handler om hvordan sykepleieren kan fremme et godt møte med foreldrene på en nyfødt intensiv avdeling. Ved at vi får en forforståelse på hvor viktig møtet er, dette gjennom praksis, litteratur og forskning, samt ivaretagelsen av foreldrenes behov, kan vi reflektere oss frem til et mulig svar. Det vi videre kan tolke ut i fra et mulig svar er hvordan sykepleieren kan påvirke foreldrenes videre opphold på sykehuset.

Gjennom praksis har vi flere ganger observert hvordan sykepleierne snakket med foreldrene, både første møte og ellers under oppholdet, noe som har gitt oss et innblikk i hvordan sykepleierne samhandler med foreldrene. Ved å bruke våre erfaringer fra praksis opp i mot forskning, vil vi kunne sette møtet med foreldrene på dagsordenen i oppgaven.

6.1 Ulike synsvinkler

Alle mennesker er forskjellige og dermed har vi individuelle reaksjoner når vi møter kriser i livet eller andre utfordringer som for eksempel sykdom. Hva som påvirker den enkeltes mestringsstrategi for å få kontroll over følelsene og situasjonen, er som sagt individuelt og avhengige av flere faktorer. Noen av disse er personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger og selve situasjonen (Eide & Eide, 2007). Dette kan vi relatere til noen av de møtene vi har tatt del i så langt, her har vi sett svært forskjellige reaksjoner fra foreldrene. Noen av foreldrene besøker ofte sine barn og ønsker svært å delta i pleien og viser interesse ved å stille spørsmål og har stort sett vanskeligheter med å forlate barnet i avdelingen. I motsetning er det noen foreldre som virker å ta avstand fra pleien av barnet og avdelingen generelt.

6.1.2 Kulturforskjellens betydning

Gallegos-Martínez m.fl. (2013) snakker om foreldrenes frustrasjon og reaksjoner rundt det og ikke kunne delta i pleien av barnet, da det ikke finnes noe lovverk som gir de rett til deltakelse i Mexico. Mange av foreldrene uttrykker derfor at det er svært unaturlig og ikke å ha mulighet til å være tilstede når deres syke barn trenger medisinsk hjelp. Foreldrene føler seg distansert fra barnet uten at dette er et bevisst valg fra deres side.

"From a distance, because I couldn't touch her; well, far away on one side of the incubator because before I had to see her through glass; that is, not even near the incubator [...] Why do they do this? I don't agree, it is offensive [...] I saw it as an obstacle [...] I am participating by bringing my milk [...] (MF1636CC)" (Gallegos-Martínez m.fl., 2013, s. 1364).

Dette sitatet tolker vi som en beskrivelse av frustrasjonen til en mor som ved en nyfødt intensiv avdeling i Mexico ikke får tilstrekkelig tilgang til å delta i pleien av sitt barn. I stor forskjell til Norge, har foreldrene gjennom Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) rett til medvirkning og barnet har rett til samvær med foreldrene. Vi kan dermed si at loven hindrer helsepersonellet i å ta beslutninger uten foreldrenes samtykke, samt styrker relasjonen mellom foreldrene og barnet. Gallegos-Martínez m.fl. (2013) forteller derimot at i Mexico er besøkstiden på avdelingen for foreldrene begrenset av helsepersonellet til 1-2 timer om dagen for mor, der hun kan i de tilfeller helsepersonellet vurderer barnet friskt nok, delta i stell og mating av barnet. Mor sin tilgang til avdelingen avhenger også av melkeproduksjonen hennes. Far derimot, får kun besøke avdelingen for å se barnet eller for å få medisinsk informasjon om barnet (Gallegos-Martínez m.fl., 2013). Når en nyfødt må ha et opphold på sykehus opplever foreldrene følelser som stress, skyldfølelse, redsel og depresjon. I forbindelse med dette utvikles et raseri, siden de ikke får delta i så stor grad som de ønsker, og dette raseriet rettes mot dem som nekter dem deltakelse, nemlig helsepersonellet (ibid). Når foreldrene mer eller mindre blir ekskludert fra kontakt med barnet, er det en rekke helsegevinster som de kan gå glipp av. Videre i deres påstand understreker Jackson og Wigert (2013) at det finnes flere studier som bekrefter at hud - mot - hud kontakt mellom foreldrene og barnet, prematurt eller syk nyfødt, har store fordeler. Alvorlige infeksjoner, dødelighet og sykdom kan reduseres, samt selve sykehusoppholdet kan forkortes. Ved å bruke hud – mot – hud kontakt har det ikke bare fysiologiske fordeler hos barnet, foreldrene kan også få en dypere nærhet seg i mellom, og i tillegg kan det hos mor redusere risikoen for depresjoner etter fødselen (Jackson &

Wigert, 2013). Vi ser store kontraster mellom studien i Mexico av Gallegos-Marínez m.fl. (2013) og den svenske boken til Jackson og Wigert (2013). Vi tenker at når foreldrene ekskluderes vil de gå glipp av de store helsegevinstene, noe som i verste fall kan føre til et lengre sykehusopphold, distansert familieopplevelse og et mer komplisert sykdomsforløp.

6.1.3 Følelsen av trygghet

I likhet med studien til Gallegos-Martínez m.fl. (2013) finner vi samme problematikk i den kvalitative studien til Heidari m.fl. (2013) der familiesentrert arbeid ikke prioriteres. I følge studien kom det frem at noen av foreldrene opplevde mer usikkerhet og ytterligere stress bare ved synet av den nyfødte som var tilkoblet ulikt medisinsk utstyr. Her vil vi trekke inn at også på vår arbeidsplass kan ytterligere stress komme av at foreldrene har lite erfaring fra sykehus og dermed vil utstyr, prosedyrer og lyder som alarmer være ukjent og kan dermed medvirke frykt. Videre tenker vi at selv om å delta i pleien på avdelingen kan føre til ytterligere stress, er dette en nødvendig faktor som foreldrene helst bør delta i. Dette for å kunne skape et godt forhold til barnet sitt på et tidlig nivå – noe de ville sett på som naturlig hadde de vært hjemme med barnet. Hvis avdelingen har foreldrevennlig miljø som fokus, kan dette øke muligheten for hud – mot – hud kontakt, som igjen vil gi familien helsegevinster (Jackson og Wigert, 2013). Vi konkluderer i samråd med Steinnes og Tandberg (2009a) at informasjon og kunnskap er det som får foreldrene til å føle at de har bedre kontroll over situasjonen. Ifølge pasient – og brukerrettighetsloven (1999) har foreldre til mindreårige barn rett til informasjon om hva som angår barnet under sykehusoppholdet. Videre ser vi at sykepleieren er lovpålagt gjennom Helsepersonelloven (1999) å gi informasjon til dem som har krav til dette i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Steinnes og Tandberg (2009a) forklarer gjennom forskning at det er sykepleierne som gir mest informasjon til foreldrene om deres barns tilstand. Forfatterne sier videre at det på grunn av mangel på kontroll over situasjonen at foreldrene ofte tilstreber å få informasjon og kunnskap, samt at deres følelser blir respektert og tatt på alvor.

Heidari m.fl. (2013) resonnerer frem til i slutten av artikkelen med at det vil være en nødvendighet for helsemyndighetene i Iran, herunder nyfødt intensiv pleie, å utvikle retningslinjer som tillater varig foreldredeltakelse på avdelingen. Dette er fordi artikkelen belyser sykepleierens rolle og funksjon hittil som begrenset og sykdomsrelatert. Dermed rettes det mindre hensyn til foreldrenes behov. For å oppnå ”family - centered - care” (familiesentrert pleie) vil det være nødvendig å skape et mer foreldrevennlig miljø i

avdelingen. Jackson og Wigert (2013) sier at det er en selvfølge at foreldre skal delta i pleien av sitt barn på en nyfødt intensiv avdeling i samråd med helsepersonellet, det er da et foreldrevennlig miljø tilstede. Viktigheten av familiesentrert pleie kommer også frem i rapporten til Barneombudet (2014) om helse på barns premisser. Dette er også noe Reis m.fl. (2010) bygger videre på i sin artikkel der hun tar utgangspunkt i sykepleier - foreldre relasjonen. Denne relasjonen beskrives som en av de viktigste grunnene til fornøyde foreldre under - og etter oppholdet på en nyfødt intensiv avdeling. Et av tiltakene var at sykepleierne tilstrebet å følge de samme foreldrene og barnet over så mange dager det lot seg gjøre, for å oppnå kontinuitet for å legge til rette for en god relasjon. Dette var en av flere forutsetninger for at foreldrene lettere kunne føle seg trygge. I følge Jackson og Wigert (2013) vil trygghet formes av god informasjon om barnets helsetilstand. Vi relaterer dette direkte til når engstelige foreldre ønsker å vite om den nyfødtes tilstand. I tilfeller der foreldre ikke får denne informasjonen kan det redusere deres følelse av kontroll og trygghet (Steinnes & Tandberg, 2009a)(Jackson & Wigert, 2013). I den canadiske studien der en liten gruppe foreldre med minst syv dagers erfaring på en nyfødt intensiv avdeling ble intervjuet, har forfatterne tatt utgangspunkt i sykepleierens rolle og hvilke sykepleiertiltak som ble gjort for å fremme foreldredeltakelse og sykepleier – foreldre relasjon (Reis m.fl., 2010). Hvis foreldrene anses å være følelsesmessig klare for kontakt med sykepleier, dette vil si at de er mottakelige for informasjon om barnets tilstand og deltakelse i avdelingen, er det viktig at sykepleieren er tilgjengelig for å lytte og være tilstede for foreldrene fremfor å gå inn i en rådgivende rolle med en gang (Reis m.fl., 2010)(Steinnes & Tandberg, 2009a). Det er et viktig tiltak å vise foreldrene at sykepleieren er tilgjengelig når de trenger veiledning, eller bare for å snakke om situasjonen og følelsene (Reis m.fl., 2010). Dette mener vi også er i tråd med de tiltak vi som sykepleiere kan gjøre for å fremme et best mulig relasjon til foreldrene når de møter avdelingen og helsepersonellet for første gang. Det første møtet kan således være en forutsetning for hvordan foreldrene føler seg tatt i mot på avdelingen og videre hvordan de blir ivaretatt resten av oppholdet.

6.2 Det første møtet

Gjennom de tre valgte forskningsartiklene tar vi frem foreldrenes helhetlige opplevelse på en nyfødt intensiv avdeling. I dette avsnittet vil vi se nærmere på møtets betydning for foreldrenes opplevelse av sykehusoppholdet, trekke inn våre refleksjoner og praksiserfaring, samt det vi tenker er sykepleierens aktualitet i møtet.

Vi har tidligere kommet frem til at det stilles krav til sykepleieren av lovverket til å gi foreldrene informasjon om deres barns tilstand (Helsepersonelloven, 1999). Ved å gi nødvendig informasjon på en god måte, kan det gi foreldrene følelsen av trygghet og kontroll (Jackson & Wigert, 2013). En stor del av trygghetsskapelsen er også hvordan vi som sykepleiere møter foreldrene. Å bruke faglig skjønn fremfor teoretisk kunnskap kan være aktuelt i møte med foreldrene (Kristoffersen, 2005). Kari Martinsen beskriver videre begrepet ”faglig skjønn” der handlingsfornuft, kreativitet og godhet sammen setter standarden for den rette bedømmelsen (ibid). Vi kan relatere til Martinsens beskrivelse av faglig skjønn i en erfaring fra praksis; foreldrene hadde nettopp ankommet avdelingen og skulle motta informasjon. De var tydelig sjokkpreget i situasjonen, og her la vi merke til at sykepleieren ventet med å gi rutinemessig informasjon til hun anså foreldrene som klare. Dette eksempelet syntes vi belyste en måte å bruke faglig skjønn på, der sykepleieren tok en avgjørelse basert på noe Martinsen betegner som ”Praktisk - moralsk handlingsklokskap [...]” (Kristoffersen, 2005 s. 69). Dette mener hun kan læres ved å samhandle med andre gjennom relasjoner og prosesser.

Steinnes og Tandberg (2009a) viser til studier der det ofte er en sykepleier som tar imot og gir foreldrene informasjon når de kommer til avdelingen på nyfødt intensiv. Det er også en av sykepleierne som tar imot telefoner og avtaler innkomst hvis foreldrene kommer til avdeling etter barnet. Det første møtet kan derfor finne sted allerede før foreldrene kommer. Dette har vi sett i forbindelse med praksis når det kommer nye barn og foreldre til avdelingen. En observasjon vi har lagt merke til ved flere anledninger er for eksempel at en mor ringer til avdeling før ankomst, der sykepleieren som har ansvaret for hennes barn snakker med henne. Sykepleieren er imøtekommende og forklarer hvordan tilstanden til barnet er, samt svarer på spørsmål angående avdelingen og barnets helse. Når foreldrene kommer til avdelingen før, etter, eller samtidig med barnet, kan vi kalle det for det fysiske første møtet. Her er det viktig at sykepleieren fra første stund viser holdninger som empati og respekt (Steinnes & Tandberg, 2009a). Et annet viktig moment som nevnt tidligere i følge Jackson og Wigert (2013) er informasjon. Dette kan være så enkelt som rutiner og besøkstid, slik at foreldrene har noe konkret å forholde seg til, samt informasjon om barnets tilstand. Under foreldrenes videre sykehusopphold har sykepleieren som fokus å skape en god relasjon. Dette tenker vi er en nødvendig forutsetning for å kunne ha et godt samarbeid, da en god relasjon lettere skaper godt samarbeid. Sykepleieren må tre inn i en veiledende rolle så vel som en lyttende støtteperson. For å oppnå en slik god sykepleier – foreldre relasjon er det i følge Reis m.fl.

(2013) tre viktige steg. Det første steget handler om å ta i mot foreldrene og tilrettelegge grunnlaget for videre kontakt med barnet og avdelingen. En forutsetning her er at foreldrene er emosjonelt klare. Det neste steget handler om at sykepleieren trer inn i en veilederrolle der det blir tatt hensyn til foreldres kunnskapsnivå og tilrettelegge læring deretter. Det siste steget er at sykepleieren er tilstede slik at foreldrene kan føle seg trygge sammen med barnet uten direkte veiledning (Reis, m.fl., 2013). Dette ser vi på som en oppskrift for å kunne skape en god sykepleier – foreldre relasjon, som er med på å fremme et godt møte videre. Når foreldrene har blitt møtt på en god måte mener vi at de har blitt bedre kjent med avdelingen og rutinene, dermed lettere kan forholde seg til andre sykepleiere. Dette syns vi er et viktig poeng i og med at sykepleiere går i turnus og noen foreldrene blir over lengre tid, og derfor sannsynligvis vil møte flere sykepleiere i løpet av oppholdet.

6.2.1 Det første møtet i samråd med trikulturell kompetanse

I fortellingen fra nyfødt intensiv avdeling (se kapittel 1.1, s. 6), tar vi frem et eksempel på et møte der sykepleiere opplevde følelsesmessige reaksjoner overfor foreldrene. Dette kan forårsake at sykepleieren føler press på sin egen utøvelse og føler at foreldrene sårt trenger ekstra omsorg, noe profesjonseffektiviteten ikke tillater. Slik kan sykepleieren selv oppleve et krysspress mellom pasientens omsorgsbehov, tidsbegrensning, samt hva som er faglig forsvarlig å gjøre i tilfellet. Hvis sykepleieren i fortellingen hadde unngått å være imøtekommende overfor foreldrene, men velger å prioritere andre rutineoppgaver i avdelingen, kunne dette gitt et negativt førsteinntrykk. Dette kunne påvirket møtet med den neste sykepleieren som skulle på vakt, og vi tenker at dette også kan bremse utviklingen av foreldrenes tillit til avdelingen og sykepleierne. Vi mener at det faglige skjønnnet her ville vært at sykepleieren tok seg tid til interaksjon med foreldrene, selv om det hadde ført til utsettelse av de rutinemessige oppgavene. Vi ser her at trikulturell kompetanse og faglig skjønn er nødvendig komponenter når pasienten, som her er foreldrene, står i fokus i en travel hverdag. Når det er krysspress mellom tid, effektivitet og pasient, mener vi at nøkkelen til prioriteringen mellom disse er faglig klokskap. I og med at det kan være vanskelig for sykepleieren å gjøre alle parter fornøyde, mener vi det er en riktig løsning å nedprioritere noe.

7.0 Oppgaveprosessen

I starten av oppgaven hadde vi den holdning å finne ut hvordan foreldre til premature nyfødte reagerte, følte og opplevde opphold på en nyfødt intensiv avdeling. Dermed brukte vi søkeord som stort sett gav funn på forskning om premature fødsler og komplikasjoner. Underveis i oppgaven gikk det mer og mer opp for oss at selv om det for det meste er premature også på den avdelingen vi jobber, er det også stor andel av pasientene som er fullbårne syke nyfødte. Dette fikk oss til å innse at vi har lært en del underveis i bacheloroppgaven, blant annet at foreldrenes reaksjoner kan være like sterke ved å få en syk nyfødt som å få en prematur nyfødt. Vi har også lært at opplevelsen av sykehusoppholdet kan være like traumatisk for foreldre til syke nyfødte som til premature nyfødte. Vi vil ikke si at å rette fokuset på premature nyfødte i oppgaven dermed er negativt, fordi noe av grunnen til dette var også begrensningene i oppgavens omfang og spesielt mindre forskning om syke nyfødte i forhold til premature nyfødte. Vi vil derfor nevne at vi føler det er riktig å skrive ”premature eller syke nyfødte” i oppgaven, selv om vi har fokusert mer på premature nyfødte i teoridelen. Når det gjelder valgt litteratur så vi at den ene forskningsartikkelen snakker direkte om foreldrenes opplevelse av å få en prematur nyfødt, mens to andre artikler tar for seg foreldrenes opplevelse på en nyfødt intensiv avdeling, uavhengig av barnets tilstand. Med bakgrunn i dette har vi vel så mye fokus på syke nyfødte som premature nyfødte, dette fordi begge grupper vil i følge Jackson og Wigert (2013) gi kommende foreldrene en annen opplevelse enn det som var i deres forventninger og drømmer, noe vi tolker som en individuell opplevd krisesituasjon.

8.0 Avsluttende oppsummering

Målet med oppgaven var å få en bredere forståelse på foreldrenes behov, og hvordan vi som sykepleiere i arbeid kan bli bevisst på dette og dermed dekke disse behovene. Pasientomsorg er en av sykepleierens hovedoppgaver generelt og sett gjennom begrepet trikulturell kompetanse, og i tilfeller der foreldrene også havner i en pasientrolle er det ofte de som trenger mye av sykepleierens oppmerksomhet. Det er belyst gjennom både internasjonal forskning og nordisk litteratur at foreldre uttrykker følelser som stress, depresjon og frykt hvis de får en prematur eller syk nyfødt. Relevant forskning og sykepleierteori viser oss at informasjon og veiledning spiller en stor rolle hos sykepleieren for å kunne skape trygghet hos foreldrene. Selv om noe forskning viser at et ukjent miljø på en nyfødt intensiv avdeling kan forårsake ytterligere stress hos foreldrene, har vi sett gjennom annen forskning og litteratur at det likevel er mange helsegevinster for hele familien ved deltakelse i avdelingen. En forutsetning for dette er at avdelingen legger tilrette for familiesentrert pleie. Barneombudet (2014) oppfordrer til at flest mulige sykehus tilrettelegger for dette, men per i dag er det bare et sykehus i Norge som etter prinsippene kan kalle seg for en praktiserende familiebasert avdeling.

Vi vil også nevne at på grunn av valgt litteratur har det ikke vært naturlig for oss å stille direkte kritiske spørsmål som ofte er en aktuell del av drøftingen. Dette er fordi den mexicanske studien belyser aspekter som vi ser at både de to andre internasjonale studiene og nordisk selvvalgt litteratur argumenterer i mot. Den mexicanske studien hjalp oss til å få innblikk i å se konsekvensene av mangel på lovverk og helsepersonellens prioriteringer. I motsetning til annen litteratur og forskning vi har valgt bekrefter det vi var ute etter å finne svar på i oppgaven; viktigheten av et godt møte.

Gjennom prosessen der vi studerte forskningen og litteraturen, ble vi mer bevisste på foreldrenes opplevelse av situasjonen. Ved å forstå reaksjonene til foreldrene, kan vi lettere se hvordan en sykepleier kan bidra til å hjelpe og dekke behovene. For kort å oppsummere noen av områdene sykepleiere bør arbeide etter for å fremme et godt møte, har vi sett at faglig bakgrunnskunnskap, tro på egen utøvelse, bruk av faglig skjønn og bevissthet om trikulturell kompetanse, er alle hovedelementer i en forsvarlig utøvelse for mennesker i opplevd krise. Dette mener vi er noe av grunnlaget en sykepleier bør ha for å skape et godt møte med pårørende på en nyfødt intensiv avdeling.

Vi konkluderer med at sykepleierens rolle og tiltak gjelder pårørende generelt på en nyfødt intensiv avdeling, uavhengig om det nyfødte barnet er prematurt eller sykt. Mennesker er forskjellige, men stort sett har foreldre behov for informasjon, deltakelse og samvær med barnet. I Norge støtter lovverk opp momentene overfor, noe som vi tenker kan være med på å skape et mer familievennlig miljø på en nyfødt intensiv avdeling.

9.0 Fullstendig litteraturliste

Autton, N. (1990) *Berøring*. Øyslebø: Eikstein forlag.

Barneombudet (2014) Helse på barns premisser. *Barn på sykehus*. Norge: Barneombudet.

Hentet 07.04.14. Hentet fra:

<http://barneombudet.no/2014/03/07/helse-pa-barns-premisser/>

Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M. Z., Say, L., Moller, A., Kinney, M., & Lawn, J. (2012) Born too soon: The global action report on preterm birth. *Chapter 2: 15 million preterm birth: priorities for action based on national, regional and global estimates*. Geneva, Switzerland: WHO. Hentet 28.02.2014. Hentet fra:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Forskrift nr. 955 (2009). Organisering av medisinsk og helsefaglig forskning. § 5-2

prosjektleders plikter. Hentet 18.03.14. Hentet fra:

<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-07-01-955>

Forskrift nr.1217 (2000). Barns opphold i helseinstitusjon. § 6 *Samværsrett for foreldre m.m.*

Hentet 07.04.14. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C., G., S. (2013) *The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit*.

Revista: Latino-Americana de Enfermagem, 21(6), 1360-1366. Hentet 28.02.2014.

Doi: 10.1590/0104-1169.2970.2375

Hagerup, I. (1985) Samlede dikt. *Den sommeren: Mauren* (s. 79). Oslo: Gjøvik Trykkeri AS

Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2013). *The experiences of parents with infants*

in Neonatal Intensive Care Unit. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 18(3): 208-213. Hentet: 10.03.14. Hentet fra:
<http://europepmc.org/articles/PMC3748539>

Helsebiblioteket (u.å) Nylenna, M (red). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra:
www.helsebiblioteket.no

Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell. § 10 informasjon til pasienter m.v. Hentet 27.03.2014. Hentet fra:
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Jackson, K., & Wigert, H. (red.) (2013) *Familjecentrert neonatalvård*. Lund: studentlitteratur AB.

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 23, s. 13-26, 34-51, 59-69, 79-88, 91-95.

Markestad, T. (2008) *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. § 3-1 Pasientens og brukerens rett til medvirkning, § 3-4 informasjon når pasienten er mindreårig, § 4-4 Samtykke på vegne av barn og § 6-2 Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon. Hentet 28.02.2014. Hentet fra:
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reis, M, D., Rempel, G, R., Scott, S, D., Brady-Fryer, B, A., & Van Aerde, J. (2010). *Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 39(6): 675-683. Hentet 10.03.14. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x

Steinnes, S (red.) & Tandberg, S, B. (2009a) *Nyfødtsykepleie 1: syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Steinnes, S (red.) & Tandberg, S, B. (2009b) *Nyfødtsykepleie 2: syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Sykepleien (u.å) Tholens, B (red.). Sykepleien.no. Hentet fra: www.sykepleien.no

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

9.1 Selvvalgt litteratur

Autton, N. (1990) *Berøring*. Øyslebø: Eikstein forlag. (Kapittel 1 og 4)(48 sider))

Barneombudet (2014) Helse på barns premisser. *Barn på sykehus*. Norge: Barneombudet.

Hentet 07.04.14. Hentet fra:

<http://barneombudet.no/2014/03/07/helse-pa-barns-premisser/> (10 sider)

Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M. Z., Say, L., Moller, A., Kinney, M., & Lawn, J. (2012) Born too soon: The global action report on preterm birth. *Chapter 2: 15 million preterm birth: priorities for action for action based on national, regional and global estimates*. Geneva, Switzerland: WHO. Hentet 28.02.2014. Hentet fra: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/ (16 sider)

Gallegos-Martínez, J., Reyes-Hernández, J., & Scochi, C., G., S. (2013) *The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit*. Revista: Latino-Americana de Enfermagem, 21(6), 1360-1366. Hentet 28.02.2014. Doi: 10.1590/0104-1169.2970.2375 (6 sider)

Hagerup, I. (1985) Samlede dikt. *Den sommeren: Mauren* (s. 79). Oslo: Gjøvik Trykkeri AS

Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2013). *The experiences of parents with infants*

in Neonatal Intensive Care Unit. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research
18(3): 208-213. Hentet: 10.03.14. Hentet fra:
<http://europepmc.org/articles/PMC3748539> (5 sider)

Helsebiblioteket (u.å) Nylenna, M (red.). *Helsebiblioteket.no*. Hentet fra:
www.helsebiblioteket.no

Jackson, K., & Wigert, H. (red.) (2013) *Familjecentrerad neonatalvård*. Lund:
studentlitteratur AB. (Kapittel 2, 3, 4 og 5)(79 sider))

Markestad, T. (2008) *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget
Vigmostad & Bjørke AS. (Kapittel 2 og 5)(31sider))

Reis, M, D., Rempel, G, R., Scott, S, D., Brady-Fryer, B, A., & Van Aerde, J. (2010).
Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership.
Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 39(6): 675-683. Hentet
10.03.14. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x (8 sider)

Steinnes, S (red.) & Tandberg, S. B. (2009a) *Nyfødtsykepleie 1: syke nyfødte og premature
barn*. Oslo: Cappelen Akademisk (Kapittel 7, 8, 12 og 13)(103 sider))

Steinnes, S (red.) & Tandberg, S.B. (2009b) *Nyfødtsykepleie 2: syke nyfødte og premature
barn*. Oslo: Cappelen Akademisk (Kapittel 21)(22 sider))

Sykepleien (u.å) Tholens, B (red.). *Sykepleien.no*. Hentet fra: www.sykepleien.no